# DOMANDA DI RICONOSCIMENTO INFERMITA' COME DIPENDENTE DA CAUSA DI SERVIZIO ED EQUO INDENNIZZO

Spettabile
PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO
SERVIZIO PER IL PERSONALE
Via don Giuseppe Grazioli, 1
38122 – TRENTO

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____il_____ dipendente della Provincia

Autonoma di Trento, assegnato/a presso il Servizio _____

con la qualifica di _____

**CHIEDE**

il riconoscimento della dipendenza da causa di servizio della/e infermità:
_____
_____
_____
_____

Chiede inoltre la corresponsione di un equo indennizzo per la conseguente perdita dell'integrità fisica.
Descrive qui di seguito le circostanze e le cause che accompagnarono, concorsero e produssero tale/i informità: _____
_____
_____
_____
_____

Cita i seguenti testimoni dell'accaduto: _____

Fa presente che la/le infermità subita/e ha/hanno prodotto le seguenti conseguenze sulla propria integrità fisica: _____
_____
_____

A comprova di quanto sopra si rende disponibile a fornire direttamente all'APSS in sede di visita collegiale o, qualora richiesto, all'Amministrazione, documentazione idonea a provare la natura dell'infermità, la connessione di questa con il servizio, nonché le altre circostanze previste dal vigente CCPL[1] per i casi di infermità dipendente da causa di servizio.

Data _____ Firma _____

[1] Art. 61 CCPL 1 ottobre 2018, comparto Autonomie locali e analoghe disposizioni contrattuali per il personale appartenente a comparti diversi

**USO DEI DATI PERSONALI E DIRITTI DEL DICHIARANTE**

Tutte le specifiche riguardo all'uso dei dati personali e ai diritti del dichiarante sono indicate nella nota "Informativa privacy" pubblicata sullo Sportello del Dipendente nella sezione "Informativa Privacy ai sensi del Regolamento UE 679/2016"